

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA**

**I. C. S. MONTESSORI**

Via Montessori, 10 – 20021 BOLLATE (MI)

Tel 02/3502856 – Fax 02/33300186

C.F.97270390152 – C.M. MIIC8EE00G

PEC: [miic8ee00g@pec.istruzione.it](mailto:miic8ee00g@pec.istruzione.it)

**e-mail** [**miic8ee00g@istruzione.it**](mailto:miic8ee00g@istruzione.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN COMUNITÁ SCOLASTICA**

Ai docenti

della classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

[ ] di aver consultato il proprio medico curante Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_/\_\_/\_\_\_

[ ] di essersi attenuto alle indicazioni fornite dal suddetto medico curante;

[ ] non esserci patologie infettive in corso;

[ ] che il/la proprio/a figlio/a per tutta la durata della quarantena non ha mai manifestato né   
 manifesta ora alcun sintomo riconducibile al Covid.

**PERTANTO, L’ALUNNO/A PUÓ ESSERE AMMESSO/A A FREQUENTARE LA COMUNITÁ SCOLASTICA DI APPARTENENZA.**

Data Firme di entrambi i genitori

……………………………………… ……………..………………………….

……………..………………………….

**N. B. In caso di sottoscrizione del documento da parte di un solo genitore, il genitore firmatario dichiara che l’altro genitore ne è a conoscenza e approva, pur essendo nell’impossibilità di firmare.**